

Solicitud de Historia Clínica

D. /Dña. _____, con D.N.I. número _____ y domicilio en _____, en su condición de _____ (rellenar si el solicitante es distinto del paciente), y teléfonos de contacto _____.

SOLICITO

Que me sea expedida una copia de la siguiente documentación clínica

que se disponga en ese centro sanitario de D./Dña. _____, con D.N.I. número _____, que fue atendido en ese centro el año _____ bajo la asistencia del Dr. _____, y con historia clínica número _____.

Asimismo, declaro que la representación que invoco se encuentra plenamente vigente en la actualidad (*solo para el supuesto en que el solicitante actúe como representante del paciente, legal o voluntario*).

En _____, el ____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:



IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U., con domicilio social en la calle Fernández de la Hoz, 24, 28014 Madrid, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de "Atención al Paciente" del Centro a la dirección calle Vilana, 12, 08022 Barcelona, con la referencia "Derechos ARCO", aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Entrega de la Documentación

Aprobación entrega

Fecha:

Recibido y conforme.

Nombre paciente o persona autorizada:

Fecha:

Firma:

Documento de autorización de recogida (sólo si el solicitante no recoge por sí mismo la documentación)

D./Dña. _____, con D.N.I. número _____, y domicilio en _____

1º) AUTORIZO a D./Dña. _____, con D.N.I. número _____, a que comparezca en mi nombre y representación ante _____ [indicar centro] para recoger la copia de la información contenida en la historia clínica solicitada en fecha _____.

2º) AUTORIZO a _____, Responsable del fichero, a que envíe la historia clínica a D/Dña _____ por: correo electrónico (no disponible en todos los centros y/o servicios), mensajero a portes debidos (*tachar el que no proceda*) a (*indicar lo que proceda: dirección completa o correo electrónico*) _____.

En _____, a ____ de _____ de 20__.

Firma del solicitante:

IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U. con domicilio social en la calle Fernández de la Hoz, 24, 28014 Madrid, le informa de que sus datos personales serán incorporados a un fichero debidamente declarado, con la finalidad gestionar los servicios sanitarios y de administración del hospital o centro. Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de "Atención al Paciente" del Centro a la dirección calle Vilana, 12, 08022 Barcelona con la referencia "Derechos ARCO", aportando fotocopia de su DNI o documento equivalente, y concretando el derecho que desea ejercer.

Instrucciones para el Acceso a la Documentación de la Historia Clínica

Se entiende por historia clínica el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada paciente. Las limitaciones aquí indicadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, se establecen en salvaguarda del derecho a la intimidad del paciente, en cumplimiento de los mandatos contenidos en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica

Paciente (Historia Clínica solicitada)	¿Quién puede acceder a la Historia Clínica?	Documentación a aportar junto con el escrito de solicitud (*)
▪ Menores de 14 años	A) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Mayores de 14 años y menores de 18 años no emancipados	A) El propio paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Representante legal (padre, madre, tutor)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	C) Persona autorizada mediante autorización expresa del paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Autorización expresa del paciente
	D) Persona autorizada mediante autorización expresa del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Mayores de 18 años y menores de 18 años emancipados	A) El propio paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa del paciente	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Autorización expresa del paciente
▪ Incapacitados legalmente	A) Representante legal (determinado en la sentencia de incapacidad)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del documento que acredite la representación legal
	B) Persona autorizada mediante autorización del representante legal	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor del representante legal 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del documento que acredite la representación legal 4.-Autorización expresa del representante legal
▪ Fallecidos	A) Persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente (salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 2.-Copia del/de los documento/s que acredite/n el vínculo familiar o de hecho con el paciente 3.-Copia del Certificado de defunción en caso de que el paciente no haya fallecido en el centro
	B) Persona autorizada mediante autorización expresa de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente (salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente)	1.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 2.-Copia del DNI, pasaporte o NIE en vigor de la persona autorizada 3.-Copia del/de los documento/s que acredite/n el vínculo familiar o de hecho con el paciente 4.-Autorización expresa de la persona con vínculo familiar o de hecho con el paciente 5.-Copia del Certificado de defunción en caso de que el paciente no haya fallecido en el centro

Recogida de la Documentación Solicitada

Transcurridos 7 días naturales, como mínimo, **el solicitante o la persona expresamente autorizada por él** (en el caso de autorizaciones, utilizar el modelo que aparece en el escrito de solicitud) deberá acudir de lunes a viernes de 9.00h a 18.00h a Atención al Paciente de Centro Medico Teknon **con la documentación pertinente en vigor para recoger la copia de los documentos solicitados y firmar como recibido en la solicitud, consignándose la fecha en que se retira la documentación.**

La documentación solicitada estará en lugar de recogida durante un mes. Pasado este tiempo, se devolverá a Archivo, debiendo solicitarse de nuevo.